

щитовидной железы, длительный анамнез заболевания, большой процент запущенных форм заболеваний, не поддающихся коррекции с помощью консервативных мероприятий, незначительный процент и преходящий характер послеоперационных осложнений, большая вероятность рецидивов заболевания, требующих повторного оперативного лечения, может быть рекомендован выбор радикального объема оперативных вмешательств — двухсторонняя предельно субтотальная резекция щитовидной железы и тиреоидэктомии с модификациями.

А.Н. Грищук

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Увеличение количества пострадавших с нестабильными повреждениями тазового кольца, сложность, а иногда и невозможность оперативного лечения пациентов в ранние сроки после травмы, высокая частота неудовлетворительных исходов лечения этой категории больных даже в специализированных травматологических отделениях, объективные трудности устранения деформаций тазового кольца в отдаленном периоде травматической болезни обуславливают актуальность проблемы лечения несвежих и застарелых повреждений таза.

Цель работы: оценить возможности чрескостного остеосинтеза в лечении несвежих и застарелых повреждений таза в качестве основного и единственного метода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование основано на результатах анализа оперативного лечения 30 пациентов с несвежими и застарелыми ротационно и вертикально нестабильными повреждениями тазового кольца.

Лечение проводилось с помощью метода чрескостного остеосинтеза с использованием стержневых аппаратов с незамкнутой и замкнутой внешней рамой известных конструкций и предлагаемого «Устройства для репозиции и фиксации переломов костей таза с разрывом переднего и заднего полуколец» (приоритетная справка по заявке № 2005118288/14 (020763) от 14.06.2005).

Среди пролеченных пациентов 29 человек трудоспособного возраста от 17 до 50 лет, один пенсионер 68 лет (средний возраст 37 лет); мужчин — 22, женщин — 8. Переломы типа В (по классификации АО) составили 14 случаев — 46,7 %. Из них переломы типа В1 — 4 случаев (13,3 %), В2 — 6 случаев (20,0 %), В3 — 4 случая (13,3 %). Переломы типа С составили 16 случаев — 63,3 %. Из них переломы типа С1 — 11 случаев (36,6 %), типа С3 — 5 случаев (16,7 %).

У 8 пациентов переломы переднего и заднего полуколец сопровождались вертикальным смещением половины таза от 2 до 4 см. У двоих — множественные переломы тазового кольца. У пятерых больных (16,7 %) грубая деформация задних отделов тазового кольца сопровождалась признаками неврита пояснично-крестцового сплетения, которые полностью купировались в двух случаях и значительно регрессировали в трех случаях в послеоперационном периоде после устранения смещения и стабильной фиксации таза с помощью аппарата.

Оперативное вмешательство выполнено в сроки от 21 дня до 9 месяцев с момента травмы (среднее значение 59 дней с момента травмы).

Восемнадцать больных (контрольная группа) оперированы методом чрескостного остеосинтеза с применением стержневых и спице-стержневых аппаратов внешней фиксации известных конструкций. Средний срок фиксации костей таза в аппарате у пациентов этой группы составил 122 дня.

У 12 пациентов (основная группа) в компоновке стержневого аппарата с незамкнутой внешней рамой использовался репозиционный узел собственной конструкции. Средний срок фиксации костей таза в аппарате у пациентов этой группы составил 95 дней. У всех больных восстановлена стабильность тазового кольца.

У четырех больных (13,3 %) во время фиксации в аппарате на амбулаторном этапе лечения наблюдали поверхностное воспаление мягких тканей в местах выхода чрескостных элементов, которое купировано консервативными методами и не повлияло на исход лечения.

В одном случае (3,3 %) в раннем послеоперационном периоде после длительной статической нагрузки оперированной половины таза весом тела 86 кг наблюдали развитие смешанной формы массивной жировой эмболии с воспалением мягких тканей в местах выхода чрескостных элементов с потерей стабильности двух из шести элементов, что после стабилизации общего состояния пациента потребовало их перепроведения и ремонта аппарата внешней фиксации.

Оценка анатомических результатов проводилась по системе, предложенной S.A. Majeed в 1990 году. Оценивали рентгенограммы таза в прямой, «inlet», «outlet» проекциях и компьютерные томограммы в

до- и послеоперационном периоде. Получены отличные (40 %), хорошие (33 %) и удовлетворительные (27 %) результаты.

Отдаленные результаты лечения прослежены за период от 6 месяцев до 7 лет после операции. Оценка функциональных результатов проводилась по балльной системе, предложенной S.A. Majeed в 1989 году. Через 12 месяцев после операции отличные результаты отмечены у 17 пациентов (56,7 %), хорошие — у 9 (30,0 %), удовлетворительные — у 4 пациентов (13,3 %).

В комплексе оценки функциональных результатов нами использовался метод многокритериального биомеханического исследования во время фиксации, сразу и через 6 месяцев после демонтажа АВФ. У 12 пациентов (40 %) в течение 6 месяцев после окончания лечения биомеханика ходьбы восстановлена, коэффициент ритмичности не менее 0,96. У 8 пациентов (26,7 %) через 6 месяцев после демонтажа аппарата сохраняется скрытая хромота (коэффициент ритмичности ходьбы 0,90 — 0,93).

Некоторое несоответствие функциональных результатов анатомическим можно объяснить тем, что при восстановлении стабильности тазового кольца, несмотря на неполное восстановление анатомии (остаточное вертикальное, ротационное смещение половины таза до 10 мм), наступает восстановление статодинамической функции тазового пояса.

ВЫВОДЫ

1. Основной задачей при лечении больных с несвежей и застарелой травмой таза является восстановление стабильности тазового кольца.

2. Управляемый чрескостный остеосинтез в качестве основного и единственного этапа оперативного лечения больных с несвежими и застарелыми ротационно и вертикально нестабильными повреждениями тазового кольца является малотравматичным и эффективным методом.

Р.Р. Гумеров, А.Б. Мальцев, Е.А. Чижова, Е.Э. Тюрюмина, Е.Ю. Седова

МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Минимизация травматичности хирургического лечения различной патологии вызывает все больший интерес. Этот интерес относится и к проблеме лечения очаговых образований печени. Однако сторонники пункционно-дренажного лечения этой группы заболеваний имеют оппонентов, не разделяющих их оптимизма. Есть основания полагать, что для более убедительной оценки пункционно-дренажного метода лечения требуется накопление опыта его применения, совершенствование технологии минимизированных хирургических вмешательств.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследования проведены в процессе лечения 146 больных, находившихся в ИОКБ с 2000 по 2006 гг. с очаговыми образованиями печени, к которым относили: непаразитарные солитарные и множественные кисты, гемангиомы, солитарные метастазы рака, посттравматические гематомы и гемобилемы, абсцессы.

Диагностика очаговых патологических процессов проводилась с помощью УЗС и КТ. Для этого использовали ультразвуковой сканирующий комплекс Aloka PHD 4000 (Япония) и компьютерные томографы «Somatom DRH», «Somatom Sensation 16» Siemens (Германия).

У 48 больных с абсцессами печени было выполнено 76 чрескожных вмешательств под контролем УЗГ и/или КТ. Для определения лечебной тактики мы разделили абсцессы и посттравматические внутривисцеральные образования по размерам на малые (до 2 см в диаметре и объемом до 10 мл), средние (от 2 до 4 см и объемом до 80 мл), большие (от 4 до 8 см при объеме до 600 мл) и, наконец, гигантские (свыше 8 см в диаметре и объемом более 600 мл). Пункционный метод лечения использовали в основном при средних и больших размерах гнойников. Пункции при малых абсцессах проводили лишь при их множественной локализации, так как малые одиночные абсцессы, как правило, успешно излечивали антибактериальной терапией. Показанием к повторной пункции считали сохранение прежних размеров гнойника при динамическом контроле через 2 — 3 дня после первой пункции и сохраняющихся клинических проявлениях заболевания. При больших и гигантских абсцессах применяли пункционно-дренажный метод лечения. При этом использовали методику «стилет-катетер», что позволяло обеспечить соответствие диаметра используемого дренажа пункционному каналу, что важно для профилактики подтекания содержимого гнойника в брюшную полость. При глубоком расположении гнойника в печени или его тесном контакте с жизненно важными анатомическими структурами (крупные сосуды) применяли дренажи типа «свиной хвост» (2 мм). В арсенале методов дренирования больших и гигантс-